

Kunden-Kontaktformular für den Bereich *Betreuung*



Wie haben Sie von uns erfahren? Internet Freunde / Bekannte Zeitung
 Krankenhaus Sonstiges: _____

| Persönliche Angaben | | | |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| zu betreuende Person 1 | | zu betreuende Person 2 | |
| Vorname | | Vorname | |
| Nachname | | Nachname | |
| Geburtsdatum | | Geburtsdatum | |
| Straße | | Straße | |
| PLZ, Ort | | PLZ, Ort | |
| Telefon-Nr. | | Telefon-Nr. | |
| Gewicht | | Gewicht | |
| Körpergröße | | Körpergröße | |
| Wohnt die zu betreuende Person allein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit wem _____ | Wohnt die zu betreuende Person allein? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein mit wem _____ |
| Angehörige bzw. Kontaktperson | | | |
| Vorname | | | |
| Nachname | | | |
| Geburtsdatum | | | |
| Straße | | | |
| PLZ, Ort | | | |
| Telefon-Nr. | | | |
| Mobil | | | |
| Fax | | | |
| E - Mail | | | |
| Verwandtschafts-Verhältnis | | | |

| Zustand der zu betreuenden Person | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|
| Diagnose | | | |
| <input type="checkbox"/> beginnende Demenz | <input type="checkbox"/> Gehschwäche *) | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Schlaganfall - | <input type="checkbox"/> Dekubitus | <input type="checkbox"/> Allergien |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Tumor / Krebs |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Thrombose |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Stoma | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Inkontinenz | |
| *) Bei Gehschwäche – was ist damit gemeint, bitte genaue Beschreibung, z. B. muss die Person gehoben, getragen werden und wie oft. | | | |
| Kommunikation / Hilfsmittel | | | |
| Sprachprobleme? | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> leichte | <input type="checkbox"/> massive |
| Hörvermögen eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - leicht | <input type="checkbox"/> ja – sehr stark |
| Sehkraft eingeschränkt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja - leicht | <input type="checkbox"/> ja – sehr stark |
| Hörgerät vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> wird bestellt |
| Gebiss vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

| Orientierung & Mobilität | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------|
| Zeitliche (Tageszeit) Probleme? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive |
| Örtliche Probleme? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive |
| Persönlichkeitsstörung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive |
| Bewegungs-Probleme? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | welche _____ |
| Hilfsmittel bei der Bewegung | <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| Körperpflege | | | |
| Baden / Duschen / Mundpflege hilfebedürftig? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| Urinkontrolle / Stuhlgang | <input type="checkbox"/> Kontinent | <input type="checkbox"/> teils inkontinent | <input type="checkbox"/> inkontinent |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Windeln | <input type="checkbox"/> Katheter |

| Nahrungsaufnahme | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| Hilfe bei der Nahrungsaufnahme? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| Diät? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | Wenn ja, welche _____ |
| Bettruhe | | | |
| Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> massive |
| Wie oft? | <input type="checkbox"/> 1 – 2-mal / Nacht | <input type="checkbox"/> 3 – 4-mal / Nacht | <input type="checkbox"/> > als 4-mal |
| Therapien | | | |
| Aktuelle Therapien | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Massagen <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
| Wie sind das Wesen und der Charakter der zu betreuenden Person und was ist noch wissenswert? | | | |
| <input type="checkbox"/> Liebevoll <input type="checkbox"/> Freundlich <input type="checkbox"/> Geduldig <input type="checkbox"/> Ungeduldig <input type="checkbox"/> Unfreundlich <input type="checkbox"/> Ordentlich <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

| Bereits vorhandene medizinische Unterstützung | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|
| Pfleigestufe | | | | |
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Pflegegeld „Pfleigestufe 0“ *) | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 1 | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 2 | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 3 |
| <input type="checkbox"/> Pflegestufe 4 | <input type="checkbox"/> Pflegestufe 5 | | | |
| *) Menschen ohne Pflegestufe (Pfleigestufe 0) erhalten monatlich ein Pflegegeld oder Pflegesachleistungen. Offiziell gibt es keine „Pfleigestufe 0“, diese Bezeichnung hat sich jedoch für einen festgestellten Pflegebedarf unterhalb der Voraussetzungen für Pflegestufe 1 fest etabliert. Die Alltagskompetenz muss erheblich eingeschränkt sein. | | | | |
| Pflegedienst | | | | |
| Wie oft kommt der Pflegedienst? | | | | |

Kunden-Kontaktformular für den Bereich *Betreuung*

| Anforderungen an die Betreuerin und Rahmenbedingungen | | | | |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|
| Sprachkenntnisse | <input type="checkbox"/> geringe | <input type="checkbox"/> Grundkennt. | <input type="checkbox"/> gute | <input type="checkbox"/> sehr gute |
| Ausbildung | <input type="checkbox"/> Diplom. Krankenschwester (Polen) | | <input type="checkbox"/> Altenpflegerin | <input type="checkbox"/> andere |
| Führerschein | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | | |
| Raucher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> egal | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Mann | <input type="checkbox"/> egal | |
| Reinigung der Wohnräume gewünscht? | <input type="checkbox"/> nein, da eigene Zugehfrau | <input type="checkbox"/> ja, nach Absprache | <input type="checkbox"/> ja, immer | |
| Einkäufe / Kochen / Zubereitung der Mahlzeiten | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nein | |
| Begleitung zu Arztterminen und anderen Auswärtsterminen | <input type="checkbox"/> immer | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> nein | |
| Ausstattung der Räume für die Betreuerin – kurze Beschreibung | <input type="checkbox"/> eigne Wohneinheit <input type="checkbox"/> eignes Zimmer im Haus / Wohnung <input type="checkbox"/> eignes Bad <input type="checkbox"/> Bett <input type="checkbox"/> Tisch <input type="checkbox"/> Schrank <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Internet Bemerkungen: _____ | | | |
| Ab wann benötigen Sie die Betreuung: | _____ | | | |

Ich bin damit einverstanden, dass ZYBORT Vermittlungsbüro im Rahmen der Zweckbestimmung die in diesem Kontaktformular anvertrauten personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt, speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung von ZYBORT Vermittlungsbüro habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift

Alle hier abgefragten Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Aufnahmebogen können Sie per E-Mail versenden an: info@zybort-betreuung.de
Bzw. an folgende Fax-Nr.: 08171 / 919 54 01

Oder per Post an:

Zybort Vermittlung
Obermarkt 33
82515 Wolfratshausen